様式第１号

西川町 お出かけ支援助成事業　利用申請書

令和　　年　　月　　日

西 川 町 長 殿

申請者　住所　西川町大字

氏名

西川町 お出かけ支援助成事業 を受けるため、下記のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="5">利用希望者</td><td>住所</td><td colspan="2">西川町大字</td><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日
（年齢　歳）</td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護度</td><td></td><td colspan="2">被保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">認定有効期間</td><td colspan="5">年　月　日 ～　年　月　日</td></tr>
<tr><td></td><td>身体障害者手帳の有無</td><td>有・無</td><td>有の場合</td><td colspan="4">級：（内容）</td></tr>
</table>

※町記入欄

<table>
<tr><td>判定</td><td>判定月日　令和　年　月　日
適　却下（理由　）
有効期間　令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日</td></tr>
</table>